N° 59.

3.

DE

LA VERSION

ET DE SON EMPLOI

DANS LA PRATIQUE

DES ACCOUCHEMENTS.

Tribut académique

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 31 MAI 1837;

PAR

ADOLPHE CATHALA,

DE CEILHES (Hérault);

BACHELIER ÈS-LETTRES, EX-CHIRURGIEN EXTERNE A L'HOTEL-DIEU ST.-ÉLOI DE MONTPELLIER, EX-ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRATIQUE D'ANATOMIE ET D'OPÉRATIONS CHIRURGICALES, MEMBRE TITULAIRE DU CERCLE MÉDICAL ET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA MÊME VILLE;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

> L'art des accouchements est aussi noble par son sujet qu'utile par sa fin; il est le seul qui jouisse de la prérogative de sauver souvent, d'un seul coup de main, plusieurs individus à la fois.
>
> LEVRET.

MONTPELLIER,
Imprimerie de Veuve RICARD, née GRAND, place d'Encivade.
1837.

A MON ONCLE,

T. BERTRAND,

Docteur Médecin, Agrégé à la Faculté de Médecine, ancien Professeur particulier d'Anatomie et de Clinique Médicale et Chirurgicale.

Ton ardent amour pour l'humanité, et ton zèle infatigable pour la science, ayant malheureusement altéré ta santé, je me suis vu privé de tes conseils et de ton appui dans un moment où ils m'eussent été si nécessaires; aussi ai-je long-temps hésité à inscrire, à la tête de ce faible essai, le nom de celui qui a guidé mes premiers pas dans une carrière où les succès les plus brillants et les plus mérités lui assurent un rang si distingué. Mais la reconnaissance faisant taire en moi tout autre sentiment, je n'ai plus balancé à t'en offrir ce témoignage, quelque faible qu'il paraisse à mes yeux.

A. CATHALA.

A MON PÈRE,

Docteur en Chirurgie,

ET A MA MÈRE.

Les sacrifices que vous avez faits pour mon instruction ont tellement pénétré mon cœur de reconnaissance, que je ne me sens pas la force d'acquitter jamais une pareille dette.

A MON GRAND-PÈRE.

A MES AUTRES PARENTS.

A mes Amis.

Tout à vous.

A. CATHALA.

LA femme, cette intéressante moitié du couple humain, est exposée à tant de dangers dans le travail de l'enfantement, qu'un accoucheur doit toujours assister à cette fonction si douloureuse, afin de parer aux accidents qui peuvent la rendre funeste à elle ou à son enfant.

On nous objectera sans doute que la plupart d'entre elles accouchent d'une manière facile et sans secours à la campagne, et même au sein des villes. Mais si l'on considère la chose de près, il est facile de se convaincre que les premières sont exposées à une foule d'accidents mortels, et plus souvent encore à des infirmités dont le plus grand nombre auraient été prévenues si elles avaient été assistées par des per-

sonnes expérimentées. S'il en est ainsi des femmes robustes, et chez qui il n'existe pas de prédispositions, que ne doit-ce pas être de celles qui, affaiblies par les vices de notre civilisation, traînent une vie chétive et maladive (1).

Les soins à donner aux femmes, dans l'acte de la parturition, sont, ou simplement utiles, ou nécessaires, ou indispensables. Aussi le médecin, avant de se livrer à la pratique des accouchements, doit-il connaître toutes les branches de la médecine, afin de pouvoir en appliquer les préceptes à la femme avant, pendant et après la sortie du fœtus.

La pudeur, objecte-t-on, s'oppose à ce que les hommes accouchent les femmes; mais la pudeur les

(1) « Ces causes terribles de maladie (M. Ribes, Discours sur la femme, p. 314) sont toujours dépendantes des modes vicieux d'association qu'elles contractent avec les hommes, et qui, bien que moins visibles et moins connues, sont tout aussi funestes à sa santé et à son repos. » En effet, à très-peu de chose près, les unions des personnes se font par les convenances bien plus que par l'étude approfondie, physique et morale des individus. La coutume invariable de considérer *ce qu'on a*, et jamais *ce qu'on est*, exerce sa tyrannique influence sur tout le monde. Voilà le vice dominant du siècle. Aussi combien de maux ne découlent-ils pas, plus ou moins immédiatement, de cette manière d'agir? L'affreuse cohorte des maladies héréditaires n'est-elle pas la suite de pareilles unions? Voilà pourtant où conduisent ce qu'on appelle *les convenances sociales*, où tout est réglé pour et par l'intérêt, et rien ou presque rien pour les individus.

maîtrise-t-elle assez pour les empêcher de se confier à un médecin, quand il s'agit de maladies des organes génitaux, ou d'une opération à pratiquer sur eux? Que l'on revienne de cette erreur. La femme, en sa présence, n'est plus timide : le sentiment de sa conservation, la crainte du danger, l'emportent bientôt sur toute autre considération; car elle sait qu'il n'y a que lui qui puisse remédier à tous les accidents qui peuvent se présenter.

En Allemagne, en Angleterre, en Espagne, etc., les femmes se livrent entre les mains de médecins. En France même, grâces au progrès de la civilisation, le même exemple est suivi partout où se répand l'aisance, et où les liens sociaux se resserrent. Espérons que cette pratique deviendra de plus en plus générale : elle tournera, en effet, au profit de la mère et de l'enfant.

Frappé par de nombreux exemples dont j'ai été témoin dans la pratique du docteur Bertrand, des accidents terribles qui menacent l'existence de deux êtres à la fois; convaincu, en outre, des difficultés incalculables qu'éprouve l'accoucheur lorsqu'il s'agit de porter secours à la femme qui réclame ses soins, je me suis livré à l'étude de cette branche de la médecine, afin de pouvoir m'en rendre la pratique familière.

J'étais loin de penser, en entreprenant d'écrire sur la version, qu'un pareil sujet exigeât un travail aussi long et aussi pénible; je n'en ai connu toutes les diffi-

cultés qu'après avoir recueilli tous les matériaux que j'ai pu me procurer. J'ai dû, pour ne pas dépasser les bornes d'une dissertation, faire un graud nombre de retranchements qui pourront rendre mon travail moins complet. Néanmoins je compte sur l'indulgence de mes juges, qui voudront bien se rappeler ce vers d'un poète latin :

Si desint vires, tamen est laudanda voluntas.
OVIDE.



DE

LA VERSION

EN GÉNÉRAL.

Uti, sed non abuti.

Définition. — « La version, dit notre savant et modeste professeur Dugès (1), est une opération obstétricale par laquelle on amène aux passages maternels une autre partie du fœtus que celle qu'il y présentait d'abord.

Cette définition réunit deux modes qui ne diffèrent

(1) Dict. de méd et de chir. prat. en 15 vol., art. *version*.

que par le degré, mais qu'on a souvent considérés comme des opérations distinctes : 1° la *réduction*, dont le degré le plus faible est le redressement d'une partie déviée, mal dirigée, et qui consiste tout au plus à ramener au centre du bassin une partie peu éloignée, sans changer notablement la dispositton du reste du fœtus ; 2° la version proprement dite, dans laquelle on ne ramène ainsi une région nouvelle de l'enfant vers l'orifice utérin, qu'en faisant tourner dans la matrice la totalité de son corps... Une division plus tranchée, plus fondamentale que la précédente, se base sur la région qu'on se propose de faire présenter aux passages. »

La version sera appelée céphalique ou podalique, suivant que l'on amènera la tête ou les pieds. Je m'occuperai principalement de cette dernière.

Des causes qui nécessitent la version. — Il est des cas dans lesquels l'acte de l'accouchement ne peut s'accomplir par les seules forces de la nature, ou ne s'exécute qu'avec beaucoup de peine et de danger, soit que des obstacles plus ou moins grands empêchent la sortie du produit de la conception, soit que des accidents viennent compromettre l'existence de la mère et de l'enfant.

Les indications fournies par des accouchements de ce genre, doivent être remplies très-promptement, car la vie de ces deux individus dépend souvent du parti, que l'on prend; aussi l'axiome : *periculum in morâ*, est-il ici de toute vérité.

Retourner l'enfant et l'amener par les pieds, changer certaines positions de la tête pour en procurer de meilleures, corriger la marche défectueuse de celle-ci dans le bassin, ou repousser vers le fond de la matrice une extrémité qui l'empêche de s'avancer, telle est l'indication principale à remplir en pareil cas.

Il ne faudrait pas, si l'on a tardé trop long-temps, ou que l'on ait été appelé assez tard pour que l'état de la femme soit devenu alarmant, il ne faudrait pas, dis-je, que la crainte de compromettre sa réputation, dans un cas si douteux, fît négliger au médecin de recourir au seul moyen capable de sauver la vie de l'enfant; car, en supposant que la mère fût vouée à une mort certaine, on aurait encore l'espérance de sauver son fruit.

Les causes qui nécessitent la version dépendent, ou de la mère, ou du fœtus et de ses annexes.

Parmi les premières se trouvent une hémorrhagie utérine interne ou externe, les anévrismes du cœur et des principaux troncs artériels, une hémoptysie habituelle, un état apoplectique imminent, un violent accès d'asthme, l'épuisement des forces, la lenteur, la suspension ou la cessation des contractions de l'utérus, la descente, ou la rupture ou une obliquité très-prononcée de cet organe, des syncopes graves et réitérées, des convulsions, une tumeur herniaire irréductible et dont on craint l'étranglement, un hydrothorax, des hydropisies, des viciations du bassin,

un calcul dans la vessie, etc., etc., etc. Parmi ces causes, les unes exigent cette opération d'une manière absolue, et les autres d'une manière éventuelle.

Les causes qui dépendent du fœtus et de ses annexes sont bien moins nombreuses. La plus fréquente est sans contredit la mauvaise position du fœtus. Cependant sa mort, son corps resté dans la matrice alors que sa tête en a été arrachée, divers vices d'organisation, la présence de plusieurs produits de la conception qui nuisent mutuellement à leur sortie, etc., déterminent aussi l'accoucheur à faire la version.

Il en est de même de l'insertion du placenta sur le col, du prolapsus du cordon ombilical, de son défaut de longueur, de sa compression, de sa rupture, de sa déchirure, etc., etc.

Chacune de ces causes pouvant, par son importance, faire le sujet d'un travail particulier, j'ai cru devoir me contenter de les énumérer.

Des conditions nécessaires a l'opération. — La version, pour être pratiquée avec quelque espérance de succès, exige plusieurs conditions :

1° Il est nécessaire de reconnaître la partie du fœtus qui se présente à l'orifice, ainsi que ses rapports avec le bassin ;

2° Il faut que cet orifice soit dilaté ou facilement dilatable ;

3° Que la partie qui se présente ne soit pas trop engagée ni serrée dans le détroit abdominal, ni qu'elle ait quitté l'utérus ;

Enfin, que les dimensions des parties de la mère, que doit franchir l'enfant, soient en rapport avec le volume d'un fœtus ordinaire.

Le moment le plus favorable pour opérer, lorsqu'il n'y a pas urgence, est celui où l'écoulement des eaux correspond à une dilatation suffisante de l'orifice ; car, plus elles sont écoulées depuis longtemps, et plus cette opération est difficile et même dangereuse pour la mère et le fœtus.

Le précepte posé par Baudelocque et Mme Lachapelle, d'attendre une dilatation complète de l'orifice utérin, avant de mettre la main à l'œuvre, est trop exagéré, car s'il survenait quelques-uns des accidents dont nous avons parlé, on verrait souvent périr la femme avant que l'opération parût praticable. La crainte de la voir succomber en peu d'instants doit l'emporter alors sur toute autre considération. L'indication est pressante et exige qu'on procède à l'accouchement avec le plus de promptitude possible. Injections, fumigations émollientes, bains, onctions avec la belladone, la saignée surtout, etc.... ; tous les moyens, en un mot, capables de relâcher le col de la matrice et d'en dilater l'ouverture, doivent être mis en usage, suivant la nature de la cause qui s'oppose à la dilatation. Mais comme leur action n'est pas instantanée, il est préférable, je crois, en apportant tous les ménagements qui peuvent en prévenir les mauvais effets, de dilater forcément l'orifice par l'introduction successive des doigts dans son

intérieur, et enfin de recourir à son incision, si l'on ne pouvait y parvenir.

L'usage des premiers moyens trouve mieux son application dans les cas où les eaux se sont écoulées depuis long-temps, et où il existe peu de dilatation et une extrême raideur de l'orifice, sans qu'il se soit manifesté encore aucun accident.

En général, c'est immédiatement après la rupture des membranes, et avant que la matrice soit revenue sur elle-même, que l'on doit opérer. Quelques accoucheurs ont voulu même devancer ce moment; ils ont recommandé d'introduire la main entre l'utérus et les membranes, et de ne déchirer celles-ci que dans le fond de l'organe, au moment où l'on doit amener l'enfant.

Peu (1), Deleurye (2), Mme Lachapelle (3), Dewes (4), Morlanne (5), Levret (6) même, qui la trouvait dangereuse parce qu'il craignait le décollement du placenta, etc., etc., ont conseillé d'une manière expresse l'usage de cette méthode qui a été blâmée par Flamant. « Si les membranes n'étaient pas rompues, a dit cet auteur (7), il faudrait les rompre, car nous n'avons

(1) Burton, nouv. syst. d'acc., p. 315.
(2) Trait. des accouch., p. 228.
(3) Pratique des acc., T. I, p. 90.
(4) *Amer. med. reporter.* Oct. 1819. — Merriman, p. 130.
(5) Méthode assurée de délivrer les femmes. 1802, p. 8 et 19.
(6) Art. des acc., p. 138.
(7) Journ. complém. mém. T. XXVIII, p. 370.

pas la foi assez robuste pour croire à la possibilité, comme quelques ouvrages modernes l'annoncent, de glisser la main entre les membranes et l'utérus, jusqu'à son fond, pour aller y saisir les pieds, et commencer la version avant la rupture. » Il ne s'agit pas, comme le dit Flamant, d'avoir une foi robuste; il ne s'agit que de voir les faits. Cette opération est très-praticable, et des médecins de cette ville m'ont dit l'avoir faite quelquefois avec assez de facilité. Je ne veux pas dire pour cela que j'adopte les idées de Peu, etc....., mais je crois que l'on trouvera autant d'avantage à rompre les membranes au centre de l'orifice en y introduisant la main; car le bras de l'accoucheur occupant l'ouverture du vagin, s'opposera à l'issue du liquide amniotique.

La seule difficulté qu'on puisse y trouver est, je pense, la densité des membranes. S'il arrive, en effet, que l'on soit obligé, dans quelques cas, rares à la vérité, de se servir d'un instrument, d'un stylet, par exemple, ou des ongles taillés en scie, pour les rompre, la difficulté sera bien plus grande lorsqu'on voudra le faire avec la main introduite dans l'intérieur de la matrice.

Conduite de l'accoucheur. — La version étant une opération grave par elle-même, l'accoucheur doit s'entourer de toutes les précautions nécessaires en pareil cas. Une fois son utilité reconnue, il doit en avertir les parents, et leur exposer le danger qui peut exister, lequel est plus ou moins grand, sui-

vant la nature des circonstances qui exigent cette terminaison. L'accoucheur ne peut jamais promettre d'amener l'enfant vivant, lorsqu'il faut le retourner, quelque favorables que soient les circonstances.

Mais si l'on est dans l'obligation de faire connaître aux parents le danger que doivent courir la mère et l'enfant, combien ne doit-on pas en agir avec prudence et circonspection à l'égard de la femme! Le calme, la tranquillité de l'accoucheur, même dans les cas où il y a le plus de danger, ses paroles rassurantes, etc., tout doit être mis en usage pour lui en imposer, et enchaîner sa confiance.

Ni marques d'étonnement, ni gestes, ni signes, rien en lui ne doit trahir sa pensée. Il doit conserver un sang-froid imperturbable. Il évitera surtout de parler bas à l'oreille des assistants, et leur recommandera la même réserve, parce que, comme le dit Lamotte (1), la malade s'imagine qu'on parle d'elle, et que c'est son arrêt de mort que l'on prononce.

On doit mettre le moins d'appareil possible dans l'opération, afin de ménager sa sensibilité; et c'est pour cela que plusieurs modernes ont blâmé la coutume de poser l'habit, de relever les manches, et de mettre un tablier (2), pensant que la femme ne manquerait pas d'être effrayée de tant d'apprêts. C'est, à la vérité, pousser un peu loin le désir de faire des

(1) Liv. I, ch. 25.
(2) Stein, l'art des acc., T. II, p. 47, § 261.

observations ; car, si l'accoucheur fait de pareilles choses, ce n'est qu'afin que les mouvements du bras soient assez libres pour manœuvrer commodément, et pénétrer jusqu'au fond de la matrice. « Libre à chacun, dit M. Velpeau (1), de déclamer ainsi dans le silence du cabinet; mais, près du lit de travail, il en est autrement. Là toute affectation est déplacée, dit Smellie (2), et le praticien doit, avant tout, se mettre à l'aise. »

La main teinte de sang ne doit jamais être exposée aux yeux de la femme; aussi l'accoucheur aura-t-il le soin de placer des linges près de lui, afin de pouvoir l'essuyer toutes les fois qu'il la retirera de la matrice.

Une des précautions qu'il ne doit pas négliger de prendre, c'est de faire vider le rectum et la vessie avant de commencer l'opération. Il ne laissera aucun anneau aù doigt, parce qu'il pourrait gêner la manœuvre, et non, comme M. Blundell (3) en a accusé un accoucheur français, qu'il soit à craindre d'en perdre un dans l'utérus.

Avant d'introduire la main dans la cavité vaginale, il aura le soin de l'enduire sur sa face dorsale d'un corps gras ou mucilagineux, pour rendre son entrée plus facile et moins douloureuse, et pour se mettre en même temps à l'abri des virus dont la femme pour-

(1) Trait. d'acc., 2e édit, T. II, p. 282.
(2) Théor. et prat. des acc., T. I, p. 353.
(3) *The Lancet*. 1828, vol. I, p. 517.

rait être atteinte. La face palmaire n'étant d'ailleurs lubréfiée que par les mucosités des parties que l'on parcourt, le toucher se fera d'une manière plus fidèle.

Position de la femme. — Aussitôt que le moment d'opérer est arrivé, l'accoucheur doit nécessairement placer la femme de la manière la plus avantageuse pour elle et pour lui. La position à lui donner varie suivant les auteurs. Ætius, Moschion, Peu, Rhodion, Levret (1), conseillaient de la mettre sur le côté ou sur le ventre, lorsqu'ils voulaient ramener les pieds. Celse (2), au contraire, préférait la placer sur le dos, en travers sur un lit. D'après les accoucheurs anglais, on devrait la laisser sur le côté, ou, comme de Lamotte (3), sur les genoux d'une personne robuste, ou, enfin, sur les genoux et sur les coudes, comme M. Blundell (4) dit que cela se pratique en Irlande. Il vaut mieux se servir, à cet effet, d'une table, d'une commode, d'un fauteuil ou d'une chaise, le tout convenablement garni.

Mais le procédé le plus généralement employé est celui-ci : la femme, couchée sur le dos, est placée, soit aux pieds, soit au travers d'un lit ordinaire, dans une position presque horizontale. Pour prévenir l'affaissement des matelas sur lesquels doit porter le siége, on aura le soin de placer entre eux un coussin

(1) Champion, de la sortie du bras, etc., 1828.
(2) *De re medica.*, trad. de Nin. T. II, p. 365.
(3) Traité complet des acc., p. 672.
(4) *The Lancet*, 1828, p. 371.

solide, ou mieux un morceau de planche. Cette précaution prise, on fera avancer les fesses de manière à ce que le coccyx et le périnée portent à faux. Les cuisses et les jambes, à demi-fléchies, seront tenues par deux aides qui les écarteront modérément, afin de laisser à l'accoucheur la liberté d'agir. Un autre aide, placé derrière les épaules de la femme, fixera celles-ci, pour l'empêcher de reculer pendant la manœuvre, ce qui, sans cette précaution, arriverait infailliblement. Il serait bon qu'un quatrième fixât le bassin si la femme se livrait à trop de mouvements. Mais il arrive très-souvent qu'elle reste tranquille, et que deux chaises, placées convenablement, suffisent pour servir de point d'appui à ses pieds.

Ce qu'il y a d'essentiel, c'est que la vulve et le périnée soient complètement libres, qu'il n'y ait rien autour du bassin qui puisse gêner les mouvements de l'accoucheur, et que les muscles soient dans un état de relâchement.

Il est bon d'avoir égard, pour la hauteur du lit, à la taille de l'accoucheur. En général, plus il est élevé, plus il est commode. Plenck (1) conseille de le mettre au niveau de l'ombilic du médecin ; mais M. Velpeau (2), le trouvant encore trop bas, dit qu'un matelas et des traversins, sur une commode, doivent être préférés toutes les fois que l'opération peut offrir quelque difficulté.

(1) Élém., art. obstétr., p. 161.
(2) Ouvr. cit., T. II, p. 281, 282.

Tous ces préparatifs doivent se faire avec la plus grande décence, la femme étant toujours couverte, afin de ménager sa pudeur.

Position de l'accoucheur. — Une fois la femme mise dans la position que nous avons désignée, l'accoucheur, placé entre ses cuisses, s'assiéra, se mettra à genoux ou se tiendra debout, suivant la hauteur du lit. Cette dernière position sera préférable, toutes les fois qu'il sera besoin d'employer quelque force.

Le précepte de Levret (1), qui veut que « l'accoucheur soit debout, les jambes écartées sous un angle de 45°; qu'il place un de ses pieds en avant, l'autre en arrière; qu'il ait l'épine arquée et qu'il s'appuie sur quelque plan solide avec la main qui n'opère pas », est tout-à-fait tombé dans l'oubli. De Lamotte (2) conseille, avec plus de raison, de se placer le plus commodément possible; et ce dernier précepte est généralement suivi.

Dans le cas où l'on a mis la femme sur le côté, suivant la coutume des Anglais, l'accoucheur devra se placer derrière le dos.

Déterminer la position du foetus. — Comme il importe beaucoup, avant d'opérer, de connaître, d'une manière aussi exacte que possible, la position de l'enfant, il faut chercher à la déterminer, comme

(1) Art des accouch. Roussel, système physique et moral de la femme.

(2) Traité complet d'acc., p. 7.

le dit La Tourette (1), en portant le doigt ou la main dans la cavité vaginale.

Il n'entre pas dans notre plan de détailler ici les signes qui indiquent la présentation de telle ou telle partie du fœtus.

Choix de la main. — Le choix de la main dont on doit se servir, est toujours déterminé par la considération de la position de l'enfant dans l'utérus. S'il en est quelques-unes, en effet, où l'on puisse se servir indifféremment de l'une ou de l'autre main, le plus grand nombre cependant exige qu'on fasse un choix. On peut établir, en thèse générale, que l'on doit toujours se servir de la main dont la paume regarde naturellement la face antérieure du fœtus, et se porte le plus directement vers les pieds.

Quand la poche des eaux n'est pas rompue, ou que le fœtus conserve encore beaucoup de mobilité, on peut introduire la main dont on se sert le plus facilement, ou bien celle qui est destinée aux positions les plus fréquentes. On suit la même règle lorsque la position n'a pu être reconnue ou qu'elle est douteuse, que la poche soit rompue ou non. Si, après l'avoir introduite, on éprouve trop de difficulté pour manœuvrer, on doit la retirer, et y porter l'autre.

Lorsque la présentation est bien déterminée, on peut savoir d'avance quelle est la main qui manœu-

(1) Art des acc., T. II, p. 61.

vrera avec le plus d'avantage. Dans la position inclinée de la tête ou du siége, on doit préférer la main gauche toutes les fois que la partie déviée correspond à l'un des points de la moitié droite du bassin, et la main droite dans les cas contraires.

Si la déviation a lieu directement en avant ou en arrière, on emploie l'une ou l'autre indifféremment.

La main gauche manœuvre avec plus de facilité, si, dans les présentations des fesses, des genoux ou des pieds, la face postérieure du fœtus regarde le côté gauche de la mère. Dans le cas contraire, on se sert de la main droite.

Dans les positions occipito-iliaques gauches, la main gauche est la plus convenable. Il en est de même de la main droite pour les occipito-iliaques droites. On peut pourtant quelquefois se servir indistinctement de l'une ou de l'autre main.

Dans la présentation de l'épaule, on emploie généralement la main droite pour l'épaule droite, et la main gauche pour l'épaule gauche.

Les indications ne sont pas différentes lorsque le bras est dehors. Ce membre ne gêne en rien l'opération : seulement il convient de le maintenir au moyen d'un lac fixé au poignet, parce qu'il sert de conducteur à la main qui doit agir.

VERSION CÉPHALIQUE.

Historique. — Ne connaissant pas encore d'instrument qui pût servir à extraire le fœtus vivant par les voies naturelles ; voyant d'ailleurs que le plus grand nombre d'accouchements se faisaient par la tête d'une manière très-heureuse, et qu'au contraire, ceux qui avaient lieu par l'extrémité pelvienne étaient très-souvent funestes à la mère, et plus particulièrement à l'enfant, les anciens accoucheurs ne songèrent qu'à amener la tête, toutes les fois qu'une partie autre que celle-là venait à se présenter. Hippocrate (1) n'avait que rarement recours à cette manœuvre, parce qu'il admettait qu'on peut changer la position du fœtus en changeant celle de la femme.

Quand un seul pied se présente, dit Rhodion (2), il faut le repousser, et il faut, de plus, que la femme, couchée la tête pendante, se tourne et se démène afin que la tête revienne en bas. Ce n'est que dans les présentations des genoux et des fesses, qu'il veut qu'on l'amène par les pieds, *encore qu'il fût mieux de l'obliger à présenter la tête* (3).

Dès que l'on eut reconnu la possibilité d'amener l'enfant vivant par le pelvis, on recommanda la ver-

(1) Van-Swieten, aph. de chir., T. VII, p. 336.
(2) Des divers accouch., feuillet 23.
(3) *Ibid.*, feuillet 26.

sion podalique dans tous les cas. Aussi, depuis Guillemeau, la version céphalique était-elle presque entièrement tombée dans l'oubli, lorsque, dans ces derniers temps, Flamant et Osiander l'ont remise en honneur.

Elle a eu un grand nombre de partisans dans le nord. L'Abbé, Eckardt, Wigand, d'Outrepont, Schnanbert, Busch, Ritger, Jorg, Vallée, de Roche, Ubersaal, Notty, Riecke, Tott, Stotz, etc., en ont rapporté plusieurs exemples dans leurs écrits, et ont cherché à la faire prévaloir.

Mais, malgré ce qu'ils en ont pu dire, personne, tant à Paris qu'à Montpellier, n'a cru devoir la mettre en usage, parce que cette opération n'est pas toujours facile, et que, souvent même, elle est impossible; tandis qu'il n'est presque point de cas où l'on ne parvienne à trouver les pieds et à les attirer au dehors. On ne l'a conservée que pour les cas les plus faciles, ceux de *réduction*, par exemple: d'ailleurs, la version opérée, l'accouchement est loin encore d'être terminé. Si les efforts de la matrice ne sont pas suffisants pour expulser le fœtus, on n'est pas plus avancé qu'auparavant, car il faut recourir à une nouvelle opération, le forceps. De là, nouvelles souffrances pour la mère, et perte d'un temps souvent précieux.

Je sais qu'il est quelquefois facile d'embrasser la tête dans la matrice, et de la ramener au centre de l'orifice, quelque éloignée qu'elle fût auparavant; mais il faut, pour cela, que les eaux soient écoulées

depuis peu de temps, et que, les contractions de la matrice n'étant pas très-fortes, le fœtus jouisse encore d'une très-grande mobilité.

Il est très-naturel qu'à l'époque où on ne connaissait pas le forceps, les accoucheurs, ne trouvant qu'une ressource incomplète dans la version céphalique, aient préféré la version par les pieds. Mais aujourd'hui, que le forceps est avantageusement connu pour rendre de très-grands services dans cette branche de la médecine, le domaine de la version podalique se trouve un peu rétréci. Il ne faudrait pas croire, cependant, que l'application du forceps, au détroit supérieur, ne fût pas chose difficile et incertaine. Saisir la tête par ses côtés, et faire passer son diamètre occipito-frontal ou cervico-bregmatique par un des diamètres obliques du bassin, est bon en théorie, et fort difficile ou même impossible en pratique. Le forceps qui conviendrait le mieux en pareil cas, serait le forceps à cuillères tournantes du professeur Dugès.

Cas où elle convient. — La version céphalique ne pouvant être utile que dans un très-petit nombre de cas, ne doit pas être rejetée pour cela du cadre des opérations tocologiques. Je crois, avec M. Velpeau (1), qu'elle peut convenir : « 1° lorsque le bassin est bien conformé, qu'aucun autre accident n'est venu s'adjoindre à la position vicieuse du fœtus, et que la

(1) Ouvr. cit., T. II, p. 293.

tête se trouve aux environs du détroit en position inclinée ; 2° dans les présentations de l'épaule, du dos ou de la partie antérieure du thorax, si le bras lui-même n'est pas sorti et si l'utérus n'est pas trop fortement contracté. En somme, il paraît prudent de l'essayer, toutes les fois que les pieds sont plus éloignés du détroit que le sommet, et que la tête semble devoir permettre à la parturition de se terminer ensuite spontanément. Dailleurs, après l'avoir inutilement tentée, rien n'empêche d'aller aux pieds qui n'en sont pas pour cela plus difficiles à atteindre. Je ne pense pas cependant que cette version offre tous les avantages que lui attribue M. Guillemot, ni qu'elle doive être préférée dans les positions inclinées du pelvis, ni à plus forte raison quand le siége se présente en plein. Flamant veut qu'on la préfère dans presque tous les cas, même quand il y a des accidents du côté de la mère. Peut-être pourrait-on alors l'imiter parfois avec avantage, lorsque le fœtus est très-mobile dans l'utérus, mais je doute qu'il en puisse être de même quand les eaux sont écoulées et que la matrice est fortement contractée. »

Manuel opératoire. — Toutes les fois qu'il sera possible de changer la position du fœtus, au point de ramener la tête, on devra l'entreprendre, étant toujours prêt à la saisir avec le forceps pour en faire l'extraction, si, après l'avoir bien placée au centre de l'orifice, les forces naturelles ne sont pas suffisantes pour l'expulser. Il serait peut-être plus avan-

tageux alors d'employer le seigle ergoté, lorsqu'il n'y a pas d'indication pressante pour terminer l'accouchement. Mais il n'en sera pas de même lorsqu'il existera quelque accident qui fera craindre pour les jours de la mère ou du fœtus. La version podalique, qui permet une grande promptitude dans la manœuvre, devra être préférée.

La version céphalique consiste, dit M. Busch : 1° à repousser la partie qui s'engage ou tend à s'engager, afin que la tête descende par l'effet des contractions de l'utérus ; 2° à saisir la tête elle-même pour l'entraîner au détroit.

La femme placée comme nous l'avons dit, l'accoucheur doit, après s'être conformé aux règles que nous avons tracées, refouler d'abord la partie engagée, en la portant du côté opposé à celui où se trouve la tête. De cette manière, la matrice agissant, ramène celle-ci au centre du bassin. Il ne faut jamais oublier, en relevant les fesses, de fléchir le fœtus sur son plan antérieur, afin que, présentant une longueur moindre à l'utérus, il puisse s'y mouvoir plus facilement.

Si la tête ne descend pas, on va la chercher, et on l'entraîne vers l'orifice. La seconde main de l'accoucheur appliquée à l'extérieur, sur les parois abdominales, seconde puissament la première : elle soutient l'hypogastre, corrige les obliquités de la matrice, et facilite d'une manière incroyable les changements du fœtus. Wigand, en parlant de la version cépha-

lique, dit qu'en agissant sur l'utérus à travers les parois abdominales, et en s'aidant de la position de la femme, on peut ramener facilement la tête au détroit supérieur. M. Velpeau (1) a employé quelquefois cette méthode avec succès, avant la rupture des membranes. M. Dugès (2) cite un fait dans lequel il a suffi de presser avec une main l'hypogastre pour repousser très-aisément au centre du détroit supérieur le vertex appuyé sur le pubis.

L'idée d'agir sur l'utérus à travers les parois abdominales, ou en changeant la position de la femme, n'est pas nouvelle. Hippocrate conseillait d'imprimer à la mère des secousses, et de varier ses positions. Rhodion retournait l'enfant en repoussant le côté du ventre, ou en mettant la femme à l'envers (3). Sennert voulait qu'on pressât l'utérus, qu'on roulât et qu'on secouât la femme en la prenant par les pieds (4). Buchanan, en la faisant mettre sur les genoux avant la sortie des eaux, est parvenu à changer une position du bras (5). Le vulgaire, en Russie, emploie encore de nos jours le massage; et dernièrement même, en Suisse, on était dans l'usage de fouler aux pieds la femme en travail, dans la vue de favoriser l'accouchement en comprimant ainsi le bas-ventre.

(1) Ouv. cit., p. 295, 296.
(2) La prat. des acc. de Mme Lachapelle, T. III, p. 295, note.
(3) Des div. trav. et enf., feuill. 2, 25.
(4) Deventer, man. des acc., p. 272.
(5) Burns, *principl. of midwif*, p. 384.

Plusieurs modernes, Mrs Dugès, Velpeau, Riecke (1), etc., etc., ayant employé parfois avec succès quelques-uns de ces moyens, on pourra, sans trop compter sur leur valeur, les utiliser dans des circonstances analogues. Je suis d'autant plus fondé à penser ainsi, que j'ai été témoin de quelques faits de ce genre. Dans un de ces cas, l'enfant présentait l'épaule droite : les pieds étaient à gauche. La femme fut placée sur ce côté, et, au moyen de quelques pressions sur l'abdomen, la tête fut ramenée au centre du détroit, et l'accouchement se termina tout seul d'une manière fort heureuse, etc.

Les anciens avaient eu l'idée de quelques instruments pour les aider dans le manuel opératoire. Albucasis (2), entre autres, avait imaginé un repoussoir pour soulever le tronc, pendant que, de l'autre main, on faisait des tractions sur la tête. Mais la facilité d'y suppléer avec la main a fait tomber cet instrument dans l'oubli.

L'usage du levier, qui peut cependant servir, dans quelques cas, à redresser une tête inclinée, ou à réduire une position vicieuse, est aussi presque entièrement abandonné.

Rien ne remplace, en accouchements, une main adroite et prudente : *instrumentorum, instrumentum manus.*

(1) Arch. génér. de méd., T. XXII, p. 385.
(2) Smellie, théor. et prat. des acc., T. I, p. 42.

VERSION PODALIQUE.

Historique. — Ce n'est qu'après avoir vu la femme se délivrer seule et sans danger, lorsque le fœtus venait par les pieds, que les anciens ont imaginé, dans les cas difficiles, de tirer sur ces parties pour en faire l'extraction. Mais cette opération, exercée par des mains inhabiles, ne leur ayant donné le plus souvent que de fâcheux résultats, la plupart, Celse entre autres, ne la conseillèrent que pour le fœtus mort. Ætius et Paul d'Egine, furent les premiers à en faire l'application au fœtus vivant. Depuis, Franco, Ambroise Paré, Guillemeau, Deventer, Lamotte, Puzos, Levret même et Smellie, qui se servaient du forceps avec beaucoup d'avantage, Rœderer, Baudelocque, etc., etc., ont préconisé la version podalique, et c'est d'ailleurs celle qui réunit, encore de nos jours, le plus de partisans.

Manuel opératoire. — Tout étant préparé, l'accoucheur doit se mettre en devoir de délivrer la femme avec le plus de promptitude, mais aussi avec le plus de douceur et de ménagement possible.

Quatre temps principaux composent la manœuvre de cette opération : 1° introduction de la main; 2° exploration; 3° mutation ou changement de position; 4° extraction.

1° *Introduction de la main.* L'introduction de la main dans les parties génitales de la femme ne pou-

vant se faire sans qu'elle éprouve une assez vive douleur, quelques auteurs, Flamant (1), M. Dugès (2), etc., conseillent de ne l'y introduire qu'au moment d'une forte contraction utérine, afin de lui épargner une double sensation. Le vagin alors, disent-ils, s'élargit et se raccourcit en même temps par l'abaissement momentané de la matrice, et la femme ne distingue pas la douleur produite par l'opération d'avec celle qui est produite par la contraction. « Ces assertions, dit M. Velpeau (3), peuvent être fort exactes en théorie, mais en pratique elles n'autorisent certainement pas le précepte qu'on a voulu en faire découler; et, comme Desormeaux, je pense, d'après ma propre expérience, que la main doit le plus souvent traverser la vulve dans l'intervalle des douleurs. » Pour moi, si je dois me prononcer, j'adopterai la première opinion, m'appuyant sur quelques faits qui m'ont été communiqués par des praticiens de cette ville.

On aura le soin, comme le conseille Flamant (4), de mettre en pratique le précepte déjà indiqué par Puzos, qui consiste à saisir la peau des fesses et à la ramener en avant, *pour procurer de l'étoffe au lieu qui est en souffrance*. De cette manière la femme sera moins fatiguée par l'introduction de la main, et on aura moins à craindre la déchirure du périnée pen-

(1) Journ. complém., T. XXVII.
(2) Ouv. déjà cité, p. 645.
(3) Ouv. déjà cité, T. II, p. 298.
(4) Ouv. cité.

dant l'extraction. Pour pénétrer dans les parties génitales, la main devra être disposée de manière à offrir le moins de volume possible. Les quatre doigts allongés et rapprochés seront d'abord introduits à plat, dans le sens du grand diamètre de la vulve, après quoi on les réunira de manière à présenter une gouttière dans laquelle le pouce sera reçu et s'effacera. Le tout formant un cône très-allongé, il n'y aura que la face dorsale qui se trouvera en contact avec les parois du vagin.

La main, placée dans une position moyenne entre la pronation et la supination, suivra la direction de l'axe du détroit inférieur, en exécutant de petits mouvements de semi-rotation. On la mettra dans la supination, si l'on veut suivre la paroi postérieure du vagin, et dans la pronation pour l'antérieure.

Pour pénétrer dans l'intérieur de la matrice, il est essentiel, après avoir recommandé à la femme de ne se livrer à aucun effort, de choisir toujours le moment où la contraction n'a pas lieu. Celse (1) l'avait déjà établi comme loi, en disant : qu'il ne fallait jamais porter la main dans l'utérus qui est fortement serré, crainte de causer des convulsions à la mère, etc.

Dès le moment où l'on commence à porter une main dans l'intérieur des organes génitaux, et jusqu'à ce que l'opération soit terminée, la main qui

(1) Encyclop. méd., art. accouch., p. 31.

est restée à l'extérieur devra être appliquée sur l'hypogastre pour soutenir l'utérus, et lui imprimer des mouvements s'il est nécessaire. Cette main facilite beaucoup les manœuvres opératoires, et prévient les déchirures de la partie du vagin qui s'unit avec l'utérus, ou des parois de cet organe lui-même, dans les efforts que l'on est obligé de faire pour pénétrer dans sa cavité.

Lorsque la dilatation du col n'est pas bien avancée, on y introduit, avec le plus de ménagement possible, les doigts les uns après les autres.

On ne saurait trop recommander d'agir avec douceur, et de laisser la main en repos pendant les contractions utérines, car le moindre mouvement faux ou violent pourrait causer la rupture de cet organe.

« Il ne faut pas craindre, dit Desormeaux (1), d'introduire la main trop profondément dans la matrice; il faut se ménager la faculté d'agir avec aisance, et ne pas atteindre les pieds du bout des doigts. » Il arrive quelquefois de trouver le placenta bouchant l'orifice de l'utérus; on doit alors, si le cas est pressant, et qu'il n'y ait pas possibilité de passer entre lui et l'organe, le traverser et aller droit aux pieds. Il arrive souvent aussi qu'après l'avoir franchi, la main est tellement serrée par ce viscère, qu'elle s'engourdit et perd la faculté d'agir. Il faut la retirer et ne l'y introduire de nouveau qu'après avoir fait cesser

(1) Dict. de méd., art. *version*, p. 265.

cet état de contraction par la saignée, les bains, etc.... Cette précaution est d'autant plus nécessaire, qu'il y a plus de temps que les eaux sont écoulées, et que la femme est plus sanguine ou plus irritable.

2° *Exploration.* La main, parvenue dans la cavité de l'utérus, doit vérifier le pronostic que l'accoucheur a porté sur la position de l'enfant. Elle cherchera à s'assurer de celle des pieds, de la tête, etc.; elle verra si aucune partie n'est contournée sur elle-même, et fera en sorte de ne pas agir trop précipitamment pour ne pas prendre les mains pour les pieds; car souvent de pareilles manœuvres ont tellement dérangé les parties, que le tâtonnement qu'on est obligé de faire après, pour s'y reconnaître, est très-difficile et très-dangereux, soit parce qu'il irrite la partie, soit parce qu'il fait beaucoup souffrir la mère. Les accidents plus ou moins graves qui surviennent après l'accouchement, dépendent souvent de la manière dont la version a été faite.

3° *Mutation.* La manière de tourner l'enfant dans la matrice constitue la version proprement dite. C'est le temps le plus difficile de l'opération. La main, une fois parvenue dans l'intérieur de l'organe, doit embrasser la partie qui se présente, et la pousser hors du détroit, du côté opposé à celui où la main se trouve et par où doivent sortir les pieds de l'enfant. La partie saisie servant de conducteur, la main ira à leur recherche en glissant toujours sur la surface du fœtus, entre elle et les parois de la matrice, le

dos de la main toujours tourné, comme nous l'avons dit, du côté de celle-ci.

Dans les présentations de la tête, les doigts, placés sur le plan latéral du fœtus, le parcourront successivement depuis l'oreille jusqu'aux fesses, sur lesquelles on passera pour saisir les pieds et les amener sur le ventre, en étendant les jambes sur les cuisses. Ces membres ainsi abaissés, arriveront assez facilement à l'orifice de l'utérus par de faibles tractions. Pendant ce temps-là, la face antérieure du poignet retiendra le front, et l'empêchera de descendre dans l'excavation.

Les conseils de Deleurye (1), de Justine de Brandebourg (2), qui consistent à renverser l'enfant sur le côté ou sur la région dorsale, ne doivent pas être suivis, car son corps, devenu nécessairement inflexible par l'effet de l'extension, devrait arc-bouter, par ses deux extrémités, contre les parois de l'utérus et celles du grand bassin, et rendre l'accouchement impossible.

Les luxations, les fractures des membres, de quelques vertèbres, la rupture de la moelle épinière, des parois de l'utérus, seraient inévitablement la suite des tractions que l'on ferait alors, surtout si les eaux étaient écoulées depuis long-temps.

C'est seulement dans le sens de la flexion naturelle

(1) Trait. des acc., p. 225.

(2) Deventer, observ. sur les acc., p. 132.

que le fœtus doit être entraîné. Dans tous les cas, l'intervalle des contractions est l'instant qu'il faut choisir pour le retourner, parce que son évolution est plus facile et que la rupture de l'organe est moins à craindre. Dès qu'il en survient une, on doit suspendre les manœuvres, et attendre, pour continuer à opérer, qu'elle ait cessé, à moins pourtant qu'un accident grave ne réclame une prompte terminaison. Pendant ce moment d'expectation, on applique la main à plat sur la partie du fœtus où elle se trouve; on doit aussi recommander à la femme de rester toujours passive.

Une fois que le fœtus est bien pelotonné, ce qui diminue son volume, on saisit les deux membres inférieurs, et on les entraîne ensemble dans le vagin, en les faisant descendre sur la poitrine et la face de l'enfant.

Mais lorsqu'on ne peut parvenir à les saisir tous les deux, ce qui arrive très-souvent, il faut, comme le conseille Paré (1), passer un lac sur la jambe abaissée, et aller à la recherche de l'autre. Pour le trouver d'une manière sûre et sans hésitation, il faut suivre le côté interne du membre déjà engagé, et aller vers les fesses, où se trouve ordinairement le second. C'est le meilleur moyen pour ne pas s'exposer à prendre le membre d'un autre fœtus, s'il se trouvait dans la matrice; car dans quel embarras ne se-

(1) OEuvres compl., liv. 24, ch. 33, p. 710.

rait-on pas alors, et quels dangers ne ferait-on pas courir à la mère ?

On peut, dans certains cas, s'en dispenser, si l'on éprouve de la difficulté : on tire alors sur celui que l'on tient, car l'accouchement se fait tout aussi bien. Portal (1), Puzos (2), Deleurye (3), et beaucoup de praticiens modernes, conseillent d'en agir ainsi.

Lorsque les deux pieds sont croisés, il arrive quelquefois qu'on ne peut réussir à en amener un seul. Les tentatives, en pareil cas, doivent être dirigées sur celui qui est en dessus et sur celui qui répond à la hanche placée le plus près de la paroi antérieure de la matrice, parce qu'alors il sera avantageux et facile, en même temps, de tirer selon l'axe du détroit supérieur.

Les auteurs varient d'opinion sur la partie que l'on doit amener. Delpech (4), Breen (5), veulent qu'on saisisse les genoux ou les jarrets au lieu des pieds. Hunter (6) donne la préférence aux fesses, etc. Ces divers procédés peuvent sans doute réussir ; mais les pieds étant la seule partie qui présente un point d'appui pour diriger les tractions, ce sera, en effet, celle-là que l'on devra amener de préférence.

(1) La prat. des acc., p. 31.
(2) Trait. des acc., p. 169, 170.
(3) Trait. des acc., p. 224.
(4) Édimb., méd., journ., vol. XIV, 1819.
(5) *Merinan synoplis of difficult.*, p. 83.
(6) T. I, p. 440 à 443.

4° *Extraction*. Si l'on a dû s'opposer, dans les autres temps de la manœuvre, à toute espèce d'efforts de la part de la femme, il n'en est pas de même dans celui-ci, car ils secondent si puissamment le manuel opératoire, que plusieurs auteurs ont recommandé, une fois que la version du fœtus est opérée, de confier son expulsion aux seuls efforts de la nature. Il y aurait du danger à suivre ce conseil dans un cas pressant. L'homme de l'art verra ce qu'il y aura à faire, selon les circonstances. « L'extraction du fœtus, dit M. Velpeau (1), peut être considérée sous deux points de vue principaux : 1° comme simple puissance accessoire qui s'adjoint à la matrice et hâte la terminaison d'une fonction pénible ; 2° comme ressource principale, ou même unique, quand l'organisme est impuissant, ou quand il importe de vider l'utérus en peu de minutes. Cette distinction une fois établie, je ne vois pas qu'il puisse s'élever des discussions ensuite, à l'effet de savoir s'il convient ou non de tirer sur l'enfant lorsque la version est effectuée. »

L'accoucheur, imitant en tout la marche que suit la nature dans l'expulsion du fœtus qui se présente par les pieds, doit procéder à son extraction d'une manière douce et soutenue, surtout lorsque les eaux se sont écoulées depuis peu de temps, à moins que le cas ne réclame une plus grande promptitude.

Les tractions doivent être faites d'une manière di–

(1) Ouv. cit., p. 305.

recte, sans saccade ni brusquerie, ou en portant alternativement, dans le sens des diamètres obliques du détroit supérieur, les parties sur lesquelles on agit. Il évitera avec soin d'appliquer ses mains sur les parties où des pressions pourraient être funestes, telles que l'abdomen, la poitrine, etc.

Les pieds étant amenés à l'orifice, on place l'indicateur entre eux au-dessus des malléoles internes, tandis que le pouce et les autres doigts embrassent leur face externe; ensuite, par de légères tractions, on les fait descendre dans l'excavation et jusqu'à l'extérieur des parties génitales.

Il arrive quelquefois que, quoique l'on ait amené les pieds de l'enfant à l'orifice, la tête se trouve retenue dans le voisinage du détroit supérieur, et ne peut d'elle-même s'en éloigner assez pour permettre aux fesses de s'y engager. Il faut alors appliquer un lac à l'extrémité des pieds pour l'entraîner, pendant qu'avec une main introduite dans la matrice on éloignera la tête du détroit.

Les pieds étant amenés au dehors, on doit avoir la précaution de les envelopper d'un linge sec, pour éviter qu'ils ne glissent entre les doigts. On les saisit ensuite séparément, de sorte que la main qui répond au plan antérieur du fœtus s'empare de l'extrémité qui est en avant, tandis que l'autre prend celle qui est en arrière. La première main fera des tractions dans le sens de l'axe du détroit supérieur, et la seconde dans celui du détroit inférieur.

Les genoux paraissant, on les saisit à leur partie supérieure, afin de ménager les articulations des pieds et des jambes. On porte en bas, et en appuyant sur le périnée, la partie du fœtus qui est sortie, afin de lui faire suivre la direction de l'axe du détroit supérieur, et ensuite en haut, de manière à lui faire suivre celle de l'axe du détroit inférieur; par là, on dégage la première la hanche qui est au-dessous. Le pelvis du fœtus étant ainsi dégagé, on continue les tractions en appliquant les mains sur les hanches, afin de ménager l'articulation des cuisses. A mesure que le fœtus avance, on lui imprime une direction telle, que sa face antérieure regarde le sacrum de la mère.

Lorsque les fesses et le ventre sont sortis, le plat des mains est porté sur les parties latérales du corps du fœtus, depuis le grand trochanter jusque sur la face externe des côtes. De cette manière, on abaisse, tout en tirant, le corps du fœtus, sans comprimer les organes abdominaux, et l'on engage ainsi diagonalement les épaules dans le détroit et l'excavation pelvienne.

A mesure que l'abdomen s'avance, il faut dégager le cordon ombilical, et faire attention qu'il ne soit ni tiraillé, ni comprimé. S'il était tendu, entortillé autour des membres, qu'il menaçât de se rompre, et qu'il ne fût pas possible de remédier à ces contretemps, il faudrait le couper sans hésiter, et délivrer la mère le plus promptement possible. Dès le moment

où la poitrine sort, les bras se relèvent, et les épaules s'engagent. Si le bassin est très-large, ou le fœtus peu volumineux, on peut, à la rigueur, se dispenser de dégager les bras, parce que leur présence ne gêne pas la sortie de la tête. Dans le cas contraire, il faut les abaisser, et voici de quelle manière on s'y prend. Les bras se trouvant placés dans une direction diagonale comme les hanches, il arrive que l'une des aisselles est plus en avant, et l'autre plus en arrière. En soulevant le tronc du fœtus, l'épaule située en arrière suit la direction de l'axe du détroit inférieur, et s'avance davantage au dehors, tandis que l'autre reste cachée pour ainsi dire derrière le pubis. C'est sur la première qu'il faut porter la main, car on n'agirait qu'avec trop de difficulté sur la seconde. On doit se servir de la main gauche pour l'épaule gauche, et de la main droite pour l'épaule droite.

Si l'on doit agir sur l'épaule droite, le fœtus étant soulevé par un aide ou par la main gauche, on porte le pouce de la main droite dans le creux de l'aisselle, tandis qu'on étend jusqu'au pli du coude l'index et le médius portés sur la partie antérieure et externe du bras. Celui-ci étant ainsi saisi, on le dirige en avant du fœtus, de manière qu'en s'abaissant il vienne glisser sur la face antérieure de la poitrine pour sortir de la vulve. De cette manière, l'humérus ne court pas le risque d'être fracturé. Ce bras étant dégagé, on le place le long du corps que l'on abaisse vers le périnée. On procède ensuite à l'extraction du second,

en suivant les mêmes règles que nous avons indiquées pour le premier ; seulement on porte le fœtus en bas, et l'on ne se sert pas de la même main.

Les bras, en se relevant, peuvent prendre une position vicieuse et gêner beaucoup la manœuvre. Des fractures et des luxations peuvent en être la suite. Pour les amener, il faut agir d'abord sur celui qui a conservé sa situation régulière, car si le bassin est large ou le fœtus petit, l'accouchement peut se terminer, quoique le second bras ne soit pas réduit. Dans le cas contraire, il faut repousser la tête, ou imprimer au tronc un mouvement de rotation plus ou moins étendu, pour le faire changer de position, après quoi on se comporte comme nous l'avons dit.

La tête peut quelquefois n'être amenée au détroit inférieur que très-difficilement ; pourtant, dans la plus grande généralité des cas, les contractions de la matrice suffisent pour l'y faire descendre. Quelques auteurs ont alors conseillé d'abandonner son expulsion aux soins de la nature, en ayant toujours la précaution de lui donner une direction convenable, lorsque son expulsion n'est indiquée par aucun danger pressant.

En général, les plus grands diamètres du bassin se trouvent en rapport avec les plus grands diamètres de la tête. Pour procéder à son extraction, il faut encore lui faire suivre le chemin que suit ordinairement la nature. L'indicateur et le médius de la main qui répond à la partie antérieure du fœtus, sont portés

au-devant du thorax et du cou, jusque sur le menton (1), sur les côtés du nez ou la base des orbites (2), ou dans la bouche (3), tandis que les autres doigts restent sur le côté du cou. Les deux premiers doigts appuyant fortement sur les parties que nous venons de nommer, forcent la tête à se fléchir vers la poitrine, et amènent la face dans la concavité du sacrum. Les autres deux doigts de la seconde main, placés sur l'occiput, aident ces mouvements en le repoussant. Le fœtus doit être placé par sa partie antérieure sur l'avant-bras, qui est en arrière, ou bien confié à un aide. La face répondant au sacrum, et l'occiput derrière la symphise des pubis, quelques efforts de la femme ou de légères tractions suffisent pour extraire la tête, en ayant soin de relever peu à peu le corps du fœtus, comme pour le renverser sur l'hypogastre de la mère.

L'accoucheur doit toujours agir lentement, afin que la matrice ait le temps de se contracter à mesure que le fœtus abandonne sa cavité. Il portera la plus grande attention à faire placer une main en travers pour soutenir le périnée, afin de prévenir sa rupture.

Il arrive quelquefois, dans la version podalique, que la face, au lieu de regarder en arrière, regarde

(1) Burton, nouv. syst. d'acc., p. 220.
(2) Morlanne, méthode assurée de délivrer les femmes, p. 29.
(3) Peu, prat. des acc., p. 306.

en avant. Toutes tentatives forcées de torsion pour l'y ramener exposeraient quelquefois à beaucoup d'accidents. Elles ne peuvent réussir que lorsque la matrice n'est pas fortement contractée sur le fœtus. Dans ce cas, ainsi que dans celui où le menton est accroché au-dessus des pubis, il faut auparavant, dans l'intervalle de deux douleurs, chercher à refouler la poitrine en haut, saisir le menton avec les doigts de la main droite, et le diriger vers le sacrum. La main qui est placée sur l'hypogastre facilitera beaucoup l'opération. Cependant, dans les cas où l'on prévoit de la difficulté, quoiqu'il fût préférable de mettre en pratique ce précepte, on peut, sans danger, laisser la face descendre en avant. On tâche seulement alors d'incliner une épaule vers le pubis et l'autre vers le sacrum, pour dégager les bras à la manière ordinaire. On renverse ensuite le fœtus plutôt en arrière qu'en avant, de manière à faire sortir le menton, le front et la fontanelle, avant l'occiput.

M. Michaëlis a publié, il y a quelques années, un long et intéressant mémoire dans lequel se trouvent un grand nombre d'observations de ce genre. Il est arrivé à ces résultats que, quand la face de l'enfant regarde en arrière, la position est très-favorable et l'accouchement facile, mais que, quand elle est tournée en avant, l'accouchement ne s'en fait pas moins, et qu'il ne faut rien faire pour la retourner. Pour peu qu'il y ait de la difficulté, M. Michaëlis applique le forceps sur la partie postérieure

de la tête ; mais il a remarqué que, toutes les fois qu'il s'en est servi, la tête est descendue avec une telle rapidité, qu'il a regretté de n'avoir pas abandonné la nature à elle-même. M. Vailhé, Agrégé à cette Faculté, a bien voulu me faire part de quelques faits de ce genre. Qu'il me soit permis de lui témoigner ici ma gratitude pour toutes les marques d'amitié dont je lui suis redevable.

Mais dans le cas où l'on voudrait retourner la face du côté du sacrum, il faudrait, si celle-ci se rapproche du côté gauche de la mère, se servir de la main gauche et *vice versâ*, et procéder à son extraction de la manière suivante : « La main, dit M. Dugès (1), coulée dans la concavité du sacrum, la face palmaire en avant, sera ensuite inclinée sur son bord cubital, et glissée sur la joue la plus voisine ; puis, avançant davantage encore, tout en rampant sur la face, fléchissant les doigts pour l'embrasser complètement, pour introduire même un ou deux doigts dans la bouche, le tout à l'aide d'une supination un peu forcée, elle entraînera facilement en arrière et en bas, c'est-à-dire vers le coccyx de la mère, et au-dessus du périnée, la région sur laquelle le bout des doigts est appliqué, c'est-à-dire la face : il ne restera plus alors qu'à fléchir la tête davantage encore, et à l'extraire comme dans les cas les plus réguliers ; bien entendu qu'un aide fera, durant toutes ces ma-

(1) Ouv. cit., p. 651, 652.

nœuvres, suivre par le tronc la révolution exécutée par la tête. »

Voici, d'une manière générale, les règles à suivre dans les diverses présentations.

Présentations de la tête. — De quelque manière que la tête soit placée au détroit supérieur, et lorsque la terminaison de l'accouchement est arrêtée par un vice de présentation, on doit, d'une manière adroite et prudente, tenter tous les moyens connus de l'art pour ramener l'occiput au centre du bassin ; solliciter les contractions de la matrice, et confier ensuite à la nature le soin de l'accouchement. Mais si ces manœuvres ne réussissent pas, et que la tête cherche à se placer de plus en plus dans une situation défavorable, il faut, sans hésiter, la repousser, la porter sur l'une ou l'autre des fosses iliaques, aller chercher les pieds, et terminer l'accouchement comme nous l'avons dit.

On ne montrera pas moins d'empressement, lorsque des accidents graves et alarmants menaceront les jours de la mère et de l'enfant.

La manœuvre relative aux diverses positions de la tête offre cela de remarquable, qu'elle exige toujours le même manuel opératoire, ou à peu près.

Nous avons dit plus haut quelle était la main qui convenait le mieux à chaque position.

Présentations du tronc. — Comme il est impossible, avec un bassin bien conformé, qu'un fœtus ordinaire et vivant passe à travers la filière osseuse,

lorsqu'il est placé en travers, au-dessus du détroit supérieur, il faut, de toute nécessité, le retourner pour pouvoir l'amener au dehors.

Si le fœtus est mobile, et que la tête soit plus près de l'orifice que les pieds, on peut chercher à la ramener au centre du détroit ; mais, pour peu que l'on éprouve de difficulté, que la matrice soit dans l'inertie, ou qu'il existe des accidents, il faut toujours recourir aux pieds, et les ramener par le chemin le plus court et le plus facile.

Présentations de l'épaule avec ou sans sortie du bras. — Dans les cas de simple présentation de l'épaule sans sortie du bras, la version céphalique peut être encore mise en usage avec quelque succès, si l'on rencontre les conditions énoncées plus haut pour les positions du tronc. Dans le cas contraire, les pieds seront amenés, en se rappelant de se servir de la main gauche lorsque la tête correspond au côté droit, le dos tourné en avant; et de la main droite lorsque la tête est à gauche et le dos aussi en avant. On repousse l'épaule et la tête dans la fosse iliaque correspondante, et on va à la recherche des pieds.

Chez les anciens, et dans des temps même très-rapprochés, l'épouvante s'emparait des assistants toutes les fois qu'un membre supérieur se présentait hors de la vulve. On est surpris, en parcourant leurs écrits, d'y trouver des méthodes plus cruelles les unes que les autres, persuadés qu'ils étaient que l'accouchement ne pouvait avoir lieu, qu'on n'eût au-

paravant mutilé le fœtus. Les uns, Albucasis (1), Burton (2), ont imaginé une foule d'instruments pour remonter le bras, en agissant sur la poitrine, etc., etc. Les autres conseillent de le pincer (3), de lui donner des chiquenaudes, etc., etc.

Plusieurs exposent, dans leurs écrits, des méthodes plus cruelles les unes que les autres. Mauriceau (4) tordait le bras sur lui-même, pour le désarticuler : mais Peu, trouvant cette méthode trop barbare, l'amputait, le plus haut possible, avec des tenailles incisives. Rœderer, plus cruel que tous, disait qu'il fallait le couper, avec un bistouri, dans sa jointure, et porter ensuite l'instrument dans la matrice, afin de couper le corps en morceaux, pour pouvoir l'extraire. Josephi, et quelques autres, se contentaient de faire de profondes incisions, dans la vue d'en procurer le dégorgement. Ces faits parlent assez d'eux-mêmes sans avoir besoin de les commenter.

Des praticiens, justement effrayés des suites funestes de pareilles manœuvres, conseillèrent de faire rentrer le bras, opération qui n'en est pas moins impraticable et dangereuse. Deventer, Moschion, se contentaient, en pareil cas, d'aller chercher les pieds sans s'occuper du soin de repousser les bras; et c'est ce que l'on

(1) Smellie, de la théor. et de la prat. des acc., T. I, p. 42.
(2) Nouv. syst. d'ac., p. 378.
(3) Deventer, observ. sur les acc., p. 228.
(4) *Op. cit.*, p. 311, 312.

doit faire, en ayant la précaution de fixer un lac au poignet, afin que la main ne rentre pas.

L'obstacle qui s'oppose à l'introduction de la main dans l'intérieur de la matrice est la contraction, la raideur et le peu de dilatation du col, que l'on combat avec succès par la saignée surtout, la belladone, les bains, les lavements, etc.....

La sortie du bras n'est qu'une simple complication qui porte avec elle son indication précise. Toutefois, il est bon de savoir qu'au lieu d'être en supination ou en pronation légère, la main et le membre tout entier peuvent être tordus dans un autre sens, et surtout en pronation forcée. On doit, en pareil cas, suivre le bord cubital du bras jusqu'à l'aisselle, afin de s'assurer de la position du fœtus.

Des praticiens ayant vu cet accouchement se terminer par les seuls efforts de la nature, conseillent d'attendre, pour opérer, toutes les fois qu'il n'y a pas d'indication pressante. Mais l'évolution spontanée du fœtus, qui, dans ces dernières années, a soulevé une discussion dans le sein de l'Académie royale de médecine, n'est possible que lorsque les diamètres de celui-ci sont bien moindres que ceux du bassin.

M. Pezerat (1), appelé trop tard auprès des femmes qui réclamaient son ministère, a amené souvent par les pieds, mais non sans quelques difficultés, des enfants dont le bras sortait depuis plusieurs jours,

(1) Journ. complém., T. XXIX, p. 318.

et qui n'avaient pu franchir les détroits du bassin, malgré la bonne conformation de celui-ci, de violentes douleurs expultrices, et quelquefois même des tractions cousidérables exercées sur le bras par des personnes étrangères aux plus simples notions de l'art. Il a remarqué que, dans toutes ces circonstances, où le bras sortait depuis plus de vingt-quatre heures, il n'avait jamais trouvé le moindre signe de vie dans les enfants, quoique la tuméfaction rénitente du bras annonçât que leur mort n'avait pas précédé le travail de la parturition. Il y a plus, il n'a vu aucun exemple constatant la coïncidence de la vie extra-utérine de l'enfant avec la tuméfaction considérable du bras et de l'épaule, quel qu'ait été d'ailleurs le temps qui ait séparé le moment de l'issue du bras, de l'expulsion du fœtus. Il arrive cependaut quelquefois (1) que le bras de l'enfant est non-seulement tuméfié, violet, mais meurtri, et que l'épiderme se détache; ce qui pourrait faire croire que l'enfant est mort, et que le bras est gangrené. C'est souvent une erreur, le bras pouvant être en partie sphacélé, sans que l'enfant soit entièrement privé de vie; mais c'est une raison qui doit engager l'accoucheur à terminer promptement l'opération. Mauriceau rapporte un fait qui est frappant: appelé pour accoucher une femme qui, depuis plusieurs jours, était en travail, il trouva l'enfant présentant le bras engagé: celui-ci était si gangrené,

(1) Maigrier, nouv. démonstr. d'acc., 1822.

qu'il ne douta nullement que le fœtus ne fût mort; aussi accoucha-t-il la mère sans ménagement pour l'enfant, qu'il jeta dans la ruelle du lit. Un instant après, il fut on ne peut pas plus surpris de l'entendre crier, et il s'empressa alors de lui donner des soins.

Lorsque la seconde main, ou un pied, ou tous les deux, viennent à se présenter en même temps, il faut alors s'assurer si ces diverses parties n'appartiennent pas à des individus différents, après quoi on agit comme s'il n'y avait pas de complications.

« S'il y a impossibilité de parvenir aux pieds pour faire la version, dit Schweighauser (1), il ne faut pas fatiguer inutilement la mère. L'enfant, pressé par les efforts redoublés d'expulsion, perd la vie par la compression de la poitrine, se mortifie peu à peu, et cède plutôt qu'étant en vie. La matrice disposée aussi, par la longueur du travail, il survient un état d'affaissement, de cessation de douleurs, qui permet souvent de faire la version avec une facilité étonnante. A moins de violentes manœuvres qui ont blessé la matrice, ou ont produit son inflammation, telle est toujours l'issue de cet accouchement par le bras, tant redouté et devenu impossible; et si l'accoucheur est encore obligé de recourir à l'embryotomie, cette opération sera facile, moins douloureuse et moins dangereuse pour la mère, qu'après les fatigues d'un tra-

(1) Prat. des acc. en rapport avec la physiol. et l'exp., 1835, in-8°, p. 216 et suiv.

vail opératoire antécédent. » La méthode de M. Schweighauser ne me paraît pas très-philanthropique ; car, une fois que l'on a fait le sacrifice de l'enfant, il ne convient pas de faire aussi celui de la femme, ou du moins de l'exposer à de graves dangers ; et c'est ce qui ne manque pas d'arriver toutes les fois que l'on suit ce précepte. Voici d'ailleurs un fait qui est à ma connaissance, et qui prouve la vérité de ce que j'avance :

La femme T***, âgée d'une quarantaine d'années environ, enceinte pour la huitième fois, avait éprouvé quelques accidents dans les grossesses précédentes. Elle avait fait deux fausses couches vers le cinquième ou le sixième mois de la gestation : dans l'une, ainsi que dans deux autres accouchements, ses jours avaient été compromis par des hémorrhagies considérables. Elle était toujours inquiète; de noirs pressentiments occupaient son esprit : elle répétait toujours, pendant sa dernière grossesse, que l'enfant qu'elle portait dans son sein serait cause de sa mort. Arrivée enfin au neuvième mois, des douleurs très-vives se manifestent, la poche des eaux se rompt, et l'enfant présente l'épaule avec sortie du bras. La sage-femme ne pouvant faire la version, un médecin fut mandé. Quinze ou dix-huit heures s'étaient déjà écoulées. Celui-ci essaya, à différentes reprises, de la pratiquer; mais la matrice était tellement contractée, que la main, parvenue avec difficulté dans son intérieur, était engourdie et ne pouvait plus agir. Une hémor-

rhagie, peu considérable à la vérité, se manifesta. Un second médecin fut appelé : celui-ci, manquant d'expérience, vint compliquer la manœuvre en amenant la deuxième main pour un pied. La version devenue alors totalement impossible, la malade fut mise dans un bain, et ensuite dans son lit, où on la laissa reposer pendant quelque temps. Il y avait déjà trente-six heures que le travail était commencé. Enfin, la femme épuisée par des souffrances et par l'hémorrhagie, la matrice se relâcha, et permit de pratiquer la version d'une manière très-facile : l'enfant était mort. Une heure après, la femme n'existait plus.

C'est alors le cas ou jamais, de recourir à la brachiotomie, surtout s'il survient quelque accident. L'ablation du membre rend l'exécution de la version plus facile. En effet, le point d'appui que le bras fournissait aux contractions utérines dans le col étant détruit, les efforts que l'on fait avec la main sur la poitrine pour la repousser, déplacent plus facilement le fœtus et font triompher de la difficulté. On épargne, en outre, des souffrances à la femme; et certes cela vaut bien la peine qu'on y fasse attention. On pourrait encore, en pareil cas, pratiquer la décollation, conseillée par Celse, Vanhorne, Smellie, Asdrubali, etc. Le corps étant extrait, on amènera ensuite au dehors, avec le forceps, la tête restée dans la matrice, si les efforts de la nature ne sont pas suffisants pour le faire.

Il n'est pas nécessaire de recommander de n'avoir

recours à une pareille pratique, que lorsque tous les autres moyens vantés jusqu'à ce jour pour détruire cette rigidité des parois de la matrice, auront échoué.

PRÉSENTATION DU SIÉGE ET DES MEMBRES INFÉRIEURS. — Dans la manœuvre relative à ces présentations, on ne met point en usage le troisième temps ou la mutation. La main gauche doit être préférée, dans ce cas, toutes les fois que le dos est plus ou moins tourné à gauche ; le contraire a lieu pour la main droite. A la rigueur, on peut employer la main dont on se sert le plus facilement. Lorsque le pelvis se présente, on doit le repousser pour aller saisir les pieds. Mais lorsqu'il est tellement engagé qu'on ne peut ni le repousser, ni le tirer avec les doigts, on se sert, comme le veut Peu (1), d'un lac passé dans le pli de l'aine, ou, ce qui est infiniment préférable, du crochet mousse.

J'ai été, il y a quelques mois, témoin de l'application de ce dernier moyen dans deux cas où le siége était fortement engagé. J'en ai même vu un troisième ces jours derniers ; et, dans tous les trois, le crochet a vaincu toutes les difficultés. Dans le premier, le bassin était un peu resserré, l'enfant était mort auparavant. Dans le second, l'enfant fut amené vivant ; et dans le troisième, enfin, le fœtus était également privé de vie avant l'opération.

La manœuvre, dans les présentations du siége,

(1) Prat. des acc., p. 428.

n'offre que deux indications particulières : 1° le déplacer toutes les fois que la chose est possible, afin de faire passer les pieds les premiers ; 2° l'entraîner avec les doigts ou le crochet, lorsqu'il est trop descendu pour pouvoir être repoussé.

Quand un seul pied ou tous les deux se présentent à l'orifice ou dans le vagin, on les saisit et on les entraîne au dehors en suivant les préceptes que nous avons indiqués plus haut.

Parmi les observations nombreuses que j'ai recueillies, surtout dans la pratique de M. Bertrand, je me contenterai de citer les suivantes.

PREMIÈRE OBSERVATION.

L***, âgée de 24 ans, forte et robuste, primipare, venait de mettre au monde, et sans trop de souffrances, un enfant bien constitué. La sage-femme qui l'assistait constata la présence d'un second enfant dont le bras droit se montra bientôt à l'extérieur de la vulve. J'accompagnai M. Bertrand chez la malade, et nous trouvâmes les choses dans l'état suivant : la main droite et une partie de l'avant-bras se trouvaient hors de la vulve ; la main gauche était dans le vagin. La tête du fœtus occupait le côté gauche, le dos tourné en avant ; le thorax était fortement engagé au détroit supérieur, et les contractions de la matrice tellement intenses, que l'introduction de la main offrit les plus grandes difficultés. Cependant, à l'aide de manœuvres

prudentes et soutenues, la main put se glisser dans l'utérus. Mais les contractions de cet organe devenant plus intenses, elle ne put cheminer, fut saisie de torpeur, et il fallut la retirer. Ce contre-temps se renouvela plusieurs fois. Enfin, il fut possible de suivre le côté droit de l'enfant, de saisir le pied de ce côté, et de l'amener. Un lien fut placé aussitôt au-dessus des malléoles; un autre avait embrassé le poignet avant l'opération. M. Bertrand se trouvant fatigué, je fus à la recherche du second pied, en suivant le côté interne du membre inférieur déjà sorti. Je parvins, mais non sans peine, à pénétrer dans l'utérus: le pied gauche fut saisi et entraîné au dehors. Les autres difficultés qui se présentèrent ne furent pas sérieuses, et la délivrance ne tarda pas à être complète. Quoique jumeau, l'enfant était d'un volume plus qu'ordinaire. Bien que la manœuvre eût été longue et pénible, l'accouchée n'éprouva aucun accident, et fut promptement rétablie.

Cette observation prouve que, malgré de grandes difficultés, la version peut être heureusement accomplie.

DEUXIÈME OBSERVATION.

La femme Favier, âgée de 25 ans, forte et bien constituée, était en travail d'enfant depuis quatre jours. Cinquante-six heures s'étaient écoulées depuis la rupture de la poche des eaux; et la sage-femme,

qui s'imaginait que la position de l'enfant était naturelle, engageait cette malheureuse à prendre patience. Cependant, les souffrances devenant de plus en plus intolérables, les parents vinrent réclamer les secours de M. Bertrand, avec qui je me rendis chez la malade. Il s'agissait d'une présentation de l'épaule gauche; et bien que le thorax fût fortement engagé, il fut assez facile de le repousser, et de pénétrer dans la matrice pour saisir, avec la main gauche, le pied de ce côté, et l'amener en dehors. Le second pied fut amené avec la même facilité, et l'accouchement se termina promptement. La femme, quoique épuisée par les souffrances qui avaient précédé l'opération, n'éprouva aucun des accidents dont on pouvait craindre le développement, et fut entièrement rétablie dans l'espace de quelques jours.

Cette seconde observation montre que la version peut quelquefois être pratiquée avec assez de facilité, lors-même que les eaux se sont écoulées depuis long-temps.

TROISIÈME OBSERVATION.

Élisa T***, âgée de 19 ans, tempérament lymphatique, primipare, ressentit les douleurs de l'enfantement dans la matinée du 27 Décembre dernier. La poche des eaux s'étant rompue quelques heures après, l'enfant présenta l'occiput à droite. Le bassin était légèrement vicié. Les contractions de la matrice ne

pouvant suffire alors à la terminaison du travail, la version podalique allait être employée, lorsqu'une hémorrhagie utérine vint rendre son indication pressante. La main droite, introduite dans les parties génitales, parvint, avec quelque peine, à refouler dans la fosse iliaque correspondante la tête qui était assez fortement enclavée au détroit supérieur, et se dirigea ensuite vers les pieds. Tous les deux furent saisis et amenés au dehors. L'accouchement terminé, l'hémorrhagie cessa immédiatement après.

L'école de Flamant n'aurait sans doute pas manqué de songer, en pareil cas, à l'emploi du forceps; mais nous devons faire remarquer que l'application de cet instrument au détroit supérieur, surtout dans les viciations du bassin, est longue, pénible et difficile. Le fait suivant en fournit la preuve. Je me trouvai, l'an dernier, avec MM. Dugès et Bertrand, auprès de Mme N***, qui avait été rachitique dans son enfance. Les diamètres du détroit supérieur avaient environ quinze lignes de moins que dans l'état ordinaire. La poche des eaux s'était rompue depuis plusieurs heures; et malgré les contractions les plus vives, la tête n'avait pu s'engager dans la filière osseuse. M. Bertrand, qui relevait à peine d'une maladie grave, invita M. Dugès à se charger de la manœuvre. Malgré l'habileté de notre professeur, il fallut un temps très-long pour saisir la tête de l'enfant, et des efforts considérables pour joindre les deux branches de l'instrument. Des efforts bien plus grands encore et long-temps

continués, devinrent nécessaires pour entraîner la tête dans l'excavation. Ce fut au point que M. Dugès, excédé de fatigue, m'engagea à le remplacer. Après un quart d'heure de tractions vigoureuses et soutenues, je parvins à achever l'œuvre qui avait été si bien commencée. L'enfant était privé de vie. Les suites de l'accouchement furent aussi heureuses que s'il s'était agi de la parturition la plus simple.

FIN.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er Examen. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle des médicamens, Pharmacologie.*

2e Examen. *Anatomie, Physiologie.*

3e Examen. *Pathologie interne et externe.*

4e Examen. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e Examen. *Accouchemens, Clinique interne et externe, suivant le titre de Docteur en Médecine ou en Chirurgie que le candidat voudra acquérir* (examen pratique).

6e et dernier Examen. *Présenter et soutenir une Thèse.*

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET, *Exam.* Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE, *Présid.* Botanique.
LALLEMAND, Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
DUGÈS, Path. chir., opérat. et appar.
DELMAS, *Supp.* Accouchements.
GOLFIN, *Examinateur.* Thérap. et matière médic.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chim. médic.-générale et Toxicol.
RENÉ, *Examinateur.* Médecine légale.
N........ Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

Aug.-Pyr. de CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Viguier.
Kuhnholtz.
Bertin.
Broussonnet.
Touchy.
Delmas, *Examinat.*
Vailhé.
Bourquenod.

MM. Faces.
Batigne, *Examinat.*
Pourché,
Bertrand.
Pouzin
Saisset.
Estor, *Suppléant.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.